

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DANILO VAZ MARQUES

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS ADULTAS**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DANILO VAZ MARQUES

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS ADULTAS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergências do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.
Orientadora: Profa. MSc. Danielle Bezerra Cabral

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS ADULTAS** de autoria do aluno **DANILO VAZ MARQUES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. MSc. Danielle Bezerra Cabral
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

AGRADECIMENTOS

À Deus, quando algumas vezes, sentindo-me desacreditado e perdido nos meus objetivos, ideais ou minha pessoa, me deu forças para seguir em frente.

Aos meus queridos pais Valdeir Marques Rodrigues e Cleuza Maria Vaz Marques, que me trouxeram com todo o amor e carinho a este mundo, dedicaram, cuidaram e doaram incondicionalmente seu sangue e suor em forma de amor e trabalho por mim, despertando e alimentando em minha personalidade, ainda na infância, a sede pelo conhecimento e a importância deste em minha vida.

Ao meu irmão Guilherme Vaz Marques pelo seu companheirismo e amizade.

Ao meu companheiro, amigo, Carlos Alberto da Silva Castro, pela ajuda, incentivo e paciência.

À Profa. MSc. Danielle Bezerra Cabral pelo apoio e dedicação que mesmo sendo a distância se mostrou presente.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Fundamentação teórica	12
1.1.1 Serviços de saúde no Brasil: breves apontamentos	12
1.1.2 Acolhimento com Classificação de Risco	13
2. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3. MATERIAL E MÉTODO	16
3.1 Tipo de estudo.....	16
3.2 Local de estudo	16
3.3 Sujeito-alvo.....	17
3.4 Proposta de validação	17
3.5 Coleta e análise dos dados	18
4. PLANO DE AÇÃO	19
4.1 Proposta de Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco: atenção às urgências e emergências adultas.....	19
4.2 Critérios para definição de prioridades.....	19
4.3 Critérios de Classificação	21
4.4 Organização do processo de Acolhimento com Classificação de Risco	21
4.5 Critérios de avaliação rápida nos serviços de urgências e emergências	21
4.6 Definindo as prioridades.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
6 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE 1 - Ficha de Classificação de Risco	33
APÊNDICE 2 - Fluxograma de Atendimento	34
APÊNDICE 3 - Carta convite enviada aos juízes para participação da validação do protocolo de acolhimento com classificação de risco	35
APÊNDICE 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	36
ANEXO 1 - Carta de Encaminhamento.....	37
ANEXO 2 - Escala de Coma de Glasgow	38
ANEXO 3 - Escala de Dor.....	39
ANEXO 4 - Escala de Cincinatti	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Prioridade no atendimento às urgências e emergências cerebrovasculares	23
Quadro 2. Prioridade no atendimento às urgências e emergências cardiovasculares	24
Quadro 3. Prioridade no atendimento às urgências e emergências respiratórias	25
Quadro 4. Prioridade no atendimento às urgências e emergências cirúrgicas	26
Quadro 5. Prioridade no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas, intoxicações exógenas e metabólica	27

RESUMO

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo de melhoria da qualidade dos serviços de urgência e emergência e, também um instrumento organizador do fluxo de pacientes que procuram as portas destes serviços de saúde para um atendimento resolutivo e humanizado. Na prática diária constatou-se que o processo de acolhimento com classificação de risco, implementada no Serviço de Pronto Atendimento Médico do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (PAM-HRMS), apresenta fragilidades que comprometem a qualidade da assistência prestada, principalmente da enfermagem. Dentre estas lacunas, destacam-se a inexistência de um protocolo baseado em queixas. Objetivou-se neste estudo, elaborar um protocolo clínico assistencial para classificação de risco, embasado no acolhimento, escuta qualificada e a queixa dos usuários, visando o atendimento com critério de prioridade. Trata-se de um estudo metodológico qualitativo realizado no PAM-HRMS, no período de setembro a dezembro de 2013 com usuários adultos de agravo mediato e imediato à saúde. Coletaram-se dados, a partir da observação do pesquisador responsável, das atividades do acolhimento e classificação de risco, fichas de classificação, utilização de normativas e protocolos adotados pelos profissionais para atendimento imediato ou mediato, critérios de prioridades e relação do processo de trabalho de enfermagem com o tempo de atendimento médico e de enfermagem após as prioridades estabelecidas. Após esta etapa, as queixas frequentes foram elencadas e registradas na planilha do excel no setor de ACCR do hospital em estudo. As queixas usuais relacionadas aos eixos das urgências e emergências cerebrovasculares, cardiovasculares, respiratórios, cirúrgicas, psiquiátricas, intoxicações exógenas e metabólicas foram determinadas por meio de sinais e sintomas de cada usuário atendido. Acrescem-se que os dados de identificação, queixa, duração do agravo, anamnese e exame físico direcionado, escalas de dor, Cincinatti e Glasgow, sinais vitais, medicação atual, alergias e procedimentos complementares executados durante ACCR, glicemia capilar, eletrocardiograma, gasometria arterial e oxigenioterapia foram utilizados para a elaboração deste protocolo. Depreende-se que esta proposta de acolhimento e classificação de risco faz-se imprescindível aos prontos-socorros, visto que fortalece as redes de atenção à saúde por meio de novos arranjos e pactos e, também favorece a mudança na prática assistencial através dos princípios da humanização, equidade e universalidade.

Palavras-chave: Acolhimento, Serviços Médicos de Emergência, Protocolos, Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O Pronto Socorro (PS) do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), atualmente, é uma referência em Urgência/Emergência aos serviços de saúde do estado, contendo 89 leitos adultos, com foco na linha de cuidado cardiovascular, nefro-urológico, materno-infantil e oncológico. Ressalta-se que este serviço de saúde teve uma reestruturação em 2013, tanto física como em recursos humanos, visando avançar na qualidade da excelência no atendimento prestado aos usuários do SUS, bem como no comprometimento social para geração de novas tecnologias.

O Pronto Atendimento Médico do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (PAM-HRMS) atende cerca de 2500 pacientes/mês, contando com especialidades de clínica médica, cirúrgica, pediatria, psiquiatria e buco-maxilo.

Cabe salientar que a missão deste PS está voltada para a prestação de serviços referenciados em média e alta complexidade e demanda espontânea, baseados na valorização do ser humano. Assim, almeja-se a consecução objetiva, ética e responsável da promoção à saúde. E, sua visão é tornar-se, a médio prazo, excelência em média e alta complexidade com sustentabilidade e resolutividade integrada à formação de profissionais da saúde.

Esses princípios e valores visam a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) baseado nas diretrizes da universalização do acesso, descentralização/regionalização e integração com formação de redes assistenciais (SILVA, 2008; 2011).

Diante dos atuais desafios do processo de regionalização e formação de redes do sistema de saúde brasileiro, cabe destacar que a organização das Redes de Atenção à Saúde, regionalizadas e hierarquizadas, articula-se em diferentes níveis de assistência, com especificidades de atendimento e funcionam como pontos de apoio do sistema de saúde.

Nesse sentido, foi implementado a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), em 2004, que objetivou reafirmar os princípios doutrinários e diretrizes organizativas do SUS procurando, assim inovar as práticas gerenciais e de produção em saúde, na proposta de indissociabilidade entre os modos de produzir saúde, gestão e clínica (BRASIL, 2004a).

No intuito de melhorar a qualidade da atenção à saúde e ampliação de acesso no SUS, bem como articular pontos de atenção e definir fluxos e referências adequados, a Secretaria de Atenção à Saúde implementou a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (BRASIL, 2013).

A RUE regula o acesso aos serviços de saúde, humaniza a atenção em um modelo centrado no usuário e baseado nas necessidades de saúde e qualifica a gestão e assistência por meio de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde, bem como na educação permanente em saúde aos gestores e profissionais (BRASIL, 2013). Assim, esta rede atende as condições clínicas, cirúrgicas, traumatológicas e saúde mental em diferentes pontos de acesso, nas situações de urgência. Desta forma, a partir de ações integradas, articuladas e sinérgicas, o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso devem estar presentes nestes pontos de acesso (BRASIL, 2013).

Ressalta-se ainda, que a Atenção Básica em Saúde na RUE contempla o fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2013). A superlotação nos serviços de emergência hospitalar é um fenômeno e, o tempo de espera prolongado e a pressão de gestores para novos atendimentos refletem na assistência inadequada e não resolutiva (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Acresce-se que as questões históricas, baseadas no modelo hospitalocêntrico, e o entrave na resolutividade de atendimentos da Atenção Primária à Saúde e nos pontos de apoio, como os Centros Regionais de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), acabam direcionando grande parte dos pacientes para o ambiente hospitalar, seja por meio de referenciamento ou demanda espontânea contribuindo, assim para a superlotação nestes serviços de saúde (O'DWYER et al. 2009).

Neste sentido, faz-se necessário uma reorganização no processo de trabalho para uma escuta qualificada, acolhimento e avaliação de riscos adequados, com critérios de prioridades estabelecidos visando, assim uma melhor resolutividade das queixas atendidas (BRASIL, 2004b).

Na prática diária constatou-se que o processo de acolhimento com classificação de risco implementada no serviço PAM-HRMS apresenta falhas e fragilidades que comprometem a qualidade da assistência prestada, principalmente da enfermagem. Dentre as lacunas, destacam-se o preenchimento inadequado da ficha de classificação de risco, ausência de história pregressa, alergias e sinais vitais dos usuários e, também a inexistência de um protocolo baseado em queixas.

Cabe ressaltar que o enfermeiro avalia e classifica, empiricamente e subjetivamente, os riscos dos pacientes atendidos no PAM-HRMS, sem adotar os critérios de prioridade de atendimentos e escuta qualificada. Acresce-se que a maioria dos pacientes atendidos neste serviço, referenciados por outros municípios, são encaminhados para a Sala de Estabilização, mesmo em casos não graves.

Destaca-se ainda, que após a pactuação do referenciamento de pacientes em serviços de saúde no município de Mato Grosso do Sul, os usuários atendidos nos Prontos Socorros (PS), por meio de demanda espontânea, são examinados pelo enfermeiro, após o acolhimento e o estabelecimento de prioridade de atendimento. Um exemplo a evidenciar são os pacientes, da prioridade azul, que são referenciados para os centros regionais de saúde mais próximo da unidade hospitalar, pois não precisam de atendimento de urgência nos PS. Ademais, este referenciamento faz-se importante ao município, pois muitos pacientes que procuram os serviços de saúde não necessitam de um atendimento imediato ou mediato, pois suas queixas são resolvidas em outros níveis de atenção à saúde.

Assim, considerando a necessidade de melhorar a qualidade de gestão da atenção prestada à população de Mato Grosso do Sul, por meio das portas de entrada hospitalares prioritárias da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS, bem como garantir um referenciamento qualificado e embasado nas portarias ministeriais de saúde e pactuações locais, justifica-se a relevância em elaborar uma proposta de Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR): Atenção às Urgências e Emergências Adultas, no serviço de Pronto Atendimento Médico do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (PAM-HRMS).

1.1 Fundamentação teórica

1.1.1 Serviços de saúde no Brasil: breves apontamentos

O receio com a fragmentação na atenção à saúde não é atual. Iniciativas remotas de expansão no acesso e redução na segmentação entre serviços assistenciais, bem como a fragmentação no cuidado à saúde podem ser identificadas no relatório de Dawson, em 1920 (DAWSON, 1920). Este relatório propunha aos serviços de saúde o atendimento segundo as necessidades da população e ações integradas na prevenção e cura de doenças (DAWSON, 1920; SILVA, 2011).

Diante da fragmentação dos serviços de saúde em diversos países, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2008, elencou as causas deste problema: a segmentação do sistema de saúde; a descentralização que fragmenta os níveis de atenção; o predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas; modelo de atenção centrado na enfermidade (nos casos agudos) e na atenção hospitalar; as debilidades na coordenação pela autoridade sanitária; insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis e culturas organizacionais contrárias à integração (OPAS, 2008).

Outrossim, reformas de saúde em países da América Latina ocorreram para substituir a concepção seletiva para o acesso universal aos serviços. Isto, oferece condições favoráveis para a organização de redes assistenciais integradas, porém isto acarreta um problema na continuidade do cuidado (CONNIL; FAUSTO, 2007).

Entretanto, propostas mais recentes de integração em redes, advindas da experiência em saúde dos Estados Unidos da América (EUA), dispõem de um sistema de saúde bastante segmentado e com forte hegemonia do setor privado (MENDES, 2009). Estas redes foram oriundas de uma globalização econômica que alterou os processos produtivos, associando-se à maior flexibilização, integração e interdependência entre organizações e, também nos modelos de gestão que implicaram em parcerias entre empresas estatais e organizações sociais e empresariais (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

O Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS provê a humanização na atenção, com a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde, um atendimento priorizado, mediante o acolhimento com classificação de risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso, bem como a articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde. (BRASIL, 2011a).

1.1.2 Acolhimento com Classificação de Risco

O profissional de saúde, o usuário dos serviços de urgência e emergência e a população constroem estratégias coletivas que alteram as práticas dos serviços, sendo o acolhimento uma delas (SANTOS JÚNIOR et al., 2005). E, acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que estas ao solicitarem estes serviços, referenciados ou por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por uma equipe multiprofissional qualificada (MERHY, 1998). Destarte, o profissional deve escutar a queixa, identificar os riscos e vulnerabilidade e se responsabilizar para dar uma resposta adequada e resolutiva para a complexidade do problema em questão.

Muitos serviços de urgência e emergência convivem com grandes filas, onde as pessoas disputam atendimento sem critério algum, a não ser por ordem de chegada. A não distinção de riscos ou grau de sofrimento faz com que alguns casos se agravem, ocorrendo, as vezes, a letalidade pelo tempo inadequado de atendimento (BRASIL, 2010b).

Neste sentido, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), surge com um dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) para reorientar a política assistencial nos serviços de emergência e dos processos de trabalho, articulando os valores de humanização e qualificação da assistência (SHIROMA; PIRES, 2011). É uma tecnologia recomendada pelo Ministério da Saúde, embasada em diretrizes internacionais, bem como um dispositivo de melhoria da qualidade dos serviços de urgência e instrumento na construção de redes de atenção da saúde que envolve gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2010a).

Diante desta vertente, a Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002, propõe a implantação do acolhimento, “triagem classificatória de risco” e protocolo clínico-assistencial nas unidades de

atendimento de urgências (BRASIL, 2002). A partir deste protocolo, os serviços de urgência devem priorizar os pacientes mais graves por meio da identificação de sinais e sintomas atribuindo, assim uma cor a cada usuário. Desta forma, a cor corresponde ao grau de prioridade clínica no atendimento e tempo de espera recomendado (BRASIL, 2002).

A classificação de risco está fundamentada, também em parâmetros internacionais que prioriza um atendimento de acordo com a indicação de emergência clínica, com vista na resolutividade de problemas advindos do modelo tradicional de organização de atendimento por ordem de chegada (SHIROMA; PIRES, 2011). Neste sentido, este protocolo determina uma classificação de prioridade de atendimento (de imediato tempo zero a não urgente – máximo de 240 minutos) e, é realizada pela equipe de enfermagem, especialmente o enfermeiro (BRASIL, 2010a; MACKWAY-JONES, 2006).

Acresce-se que a resolução COFEN nº42 enfatiza que a classificação de risco e a priorização da assistência em Serviços de Urgência são privativas do Enfermeiro (COFEN, 2012). Assim, este profissional deverá ser dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico do procedimento, sendo executadas no contexto do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009) e nos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a).

A classificação de risco é, também, uma ferramenta de manejo clínico que visa a identificação de pacientes com necessidades de cuidado médico e de enfermagem, de acordo com o potencial de gravidade, agravos à saúde por meio da escuta qualificada e tomada de decisão de julgamento crítico e experiência do enfermeiro classificador. Neste aspecto, ao definir linhas de prioridades do atendimento assistencial, a classificação de risco facilita a gestão da clínica (GBACR, 2010).

Logo, o ACCR deverá ser um instrumento organizador do fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência e emergência para um atendimento resolutivo e humanizado. E, as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão consideradas qualificadas a partir da incorporação de protocolos de classificação de risco e clínico-assistenciais, bem como a realização do contrarreferenciamento a partir do fornecimento de relatórios adequados e implantação de mecanismos de gestão clínica, com propósito de reorganizar os fluxos e processos de trabalho (BRASIL, 2011a).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um protocolo clínico assistencial para classificação de risco, embasado no acolhimento, escuta qualificada e a queixa dos usuários, visando o atendimento com critério de prioridade.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Ser um instrumento de ordenação e orientação da assistência, através da escuta qualificada e definição de prioridades,
- ✓ Embasar a prática, científica e legal, do enfermeiro no referenciamento dos usuários atendidos por demanda espontânea,
- ✓ Adotar critérios de prioridades para resolutividade dos agravos atendidos reduzindo, assim o tempo de atendimento médico.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica que envolve investigações dos métodos de obtenção e organização de dados para o desenvolvimento, validação e avaliação de instrumentos e técnicas para a pesquisa e, que este instrumento seja confiável, sólido e utilizável para outros pesquisadores da área (POLIT; BECKER, 2011; POLIT et al., 2004). Assim, o pesquisador realiza análises separadas para esclarecer um tema metodológico gerando, assim estratégias para solucionar o seu problema na prática clínica (POLIT; BECKER, 2011).

Cabe ressaltar que a abordagem qualitativa analisa os significados subjetivos da experiência e da prática cotidiana de forma a explicar a complexidade destes fenômenos na realidade (FLICK, 2009). Este método tem repercussões na vida das pessoas que buscam os serviços de saúde favorecendo, assim a identificação de vários elementos, de forma conjunta, para entender e descrever o contexto em que algum processo se desenvolve (MINAYO, 2008).

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no Pronto Atendimento Médico do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul (PAM-HRMS) que é responsável pelo primeiro atendimento aos pacientes, seja por demanda espontânea ou referenciados de outros serviços de saúde do município. O ACCR na atenção às urgências e emergências adultas deste serviço é o setor do primeiro contato dos usuários que buscam o serviço neste PAM, após abertura do boletim de emergência pelo setor de recepção. Neste momento, o usuário adentra o ambiente hospitalar, sendo recepcionado e acolhido pelo enfermeiro, visando a escuta qualificada e a determinação de prioridade segundo

queixa e grau de sofrimento, bem como a realização de procedimentos de enfermagem de acordo com a condição clínica do usuário.

3.3 Sujeito-alvo

Os usuários com agravo mediato e imediato à saúde, na atenção às urgências e emergências adultas, atendidas no Pronto Atendimento do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul (PAM-HRMS).

3.4 Proposta de validação

Especialistas de cada eixo temático das queixas clínicas atendidas no PAM-HRMS serão selecionados para validar este protocolo clínico assistencial para acolhimento e classificação de risco. Após a captação destes, será entregue, pelo pesquisador responsável, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4) e Carta de Aceite para participação da validação do protocolo clínico assistencial para classificação de risco (Apêndice 3).

Para análise estatística da validade de conteúdo dos especialistas, aplicará o índice de Kappa (K) para verificar o nível de concordância e nível de consistência (fidedignidade) da opinião dos juízes/especialistas. Ressalta-se que o índice Kappa avalia a proporção de concordância que varia de "menos 1" a "mais 1" e quanto mais próximo de 1, melhor o nível de concordância entre os observadores.

Será aplicado, também o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que avalia a congruência dos juízes/especialistas em relação aos itens do conteúdo abordado. E um IVC = 0,90 significa um padrão de excelência da validade de conteúdo do instrumento proposto (POLIT; BECK, 2006). Assim, será calculado o IVC deste estudo a partir da divisão da congruência de um item dos juízes participantes pelo total de juízes.

3.5 Coleta e análise dos dados

A coleta inicial dos dados foi realizada por meio da observação do pesquisador responsável no serviço de Pronto Atendimento Médico do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (PAM-HRMS), no setor de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR), no período de setembro a dezembro de 2013.

O foco desta observação foram as atividades do acolhimento e classificação de risco, fichas de classificação, utilização de normativas e protocolos adotados pelos profissionais para atendimento imediato ou mediato, critérios de prioridades e relação do processo de trabalho de enfermagem com o tempo de atendimento médico e de enfermagem após as prioridades estabelecidas. A partir dessa observação foi delineada a proposta de um protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco na atenção às urgências e emergências adultas.

As queixas frequentes foram elencadas a partir do sistema de registro na planilha Excel do setor de ACCR.

4. PLANO DE AÇÃO

4.1 Proposta de Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco: atenção às urgências e emergências adultas

Para elaboração do protocolo utilizou-se, inicialmente, um levantamento na literatura sobre os modelos de protocolos institucionais de ACCR. Dentre eles destacam-se o Acolhimento a Demanda Espontânea (BRASIL, 2012); protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco-Hospitais Municipais de Fortaleza (MAFRA et al., 2008); Acolhimento com Classificação de Risco-Prefeitura de Belo Horizonte (JUNIOR et al., 2005); Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco- Socorrão I, II e Hospital da Criança-Prefeitura de São Luís do Maranhão (SERVIN et al., sd); Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência (GBCR, 2010).

Para a estruturação do protocolo, utilizar-se-ão dados referentes ao usuário, com dados de identificação, queixa, duração do agravo, anamnese e exame físico direcionado, Escalas de dor, Cincinatti e Glasgow, sinais vitais, medicação atual, alergias e procedimentos complementares executados durante ACCR, glicemia capilar, eletrocardiograma, gasometria arterial e oxigenioterapia (Apêndice 2).

O protocolo apresentará queixas usuais pertencentes às urgências e emergências cerebrovasculares, cardiovasculares, respiratórios, cirúrgicas, psiquiátricas, intoxicações exógenas e metabólicas, sendo estas determinadas por meio de sinais e sintomas.

4.2 Critérios para definição de prioridades

Afecções em qualquer órgãos ou sistema humano podem implicar em doenças graves. Estas situações serão casos de emergência quando repercutirem em um dos três grandes sistemas: cardiovascular, respiratório e o sistema nervoso central (MARTINS et al., 2009).

Atender pacientes em situação de emergência requer calma, conhecimento, treinamento e experiência, em que priorizar faz-se necessário, por meio de uma história clínica e exame físico, direcionados, visando identificar prioridades e consequentemente quem deve ser atendido primeiro (MARTINS et al., 2009). Desta forma, a identificação e priorização destes pacientes pela equipe bem treinada em emergências fazem-se essencial no atendimento humanizado e qualificado (MARTINS et al., 2009).

Nessa perspectiva, a determinação das prioridades será atribuída uma cor (vermelho, amarelo, verde ou azul) que corresponde ao tempo alvo-limite para que o paciente receba o atendimento médico e de enfermagem adequadamente (BRASIL, 2012), sendo os eixos de prioridades:

Prioridade vermelho: o acesso ao serviço deve ser imediato e o serviço de atenção à saúde com maior competência para o atendimento desses usuários é o pronto-socorro/UPA, visto que apresenta sinais de alerta com risco iminente de morte;

Prioridade amarela: o usuário deve ser categorizado como “Muito Urgente”; apresentando sinais de alerta, porém sem risco iminente de morte e o atendimento deve ser realizado com prioridade em até 10 minutos. O protocolo de Manchester recomenda que o atendimento médico deve ser realizado no máximo 60 minutos na prioridade amarelo e, em 10 minutos na prioridade laranja; desse modo padronizou-se neste protocolo o tempo alvo como 10 minutos (GBCR, 2010);

Prioridade verde: usuário deve ser categorizado como “Pouco Urgente”; atendidos em até 30 minutos, com sinais e sintomas e ou queixas específicas que demandam atendimento hospitalar, porém sem sinais de alerta;

Prioridade Azul: usuário deve ser categorizado como “Não Urgente”, pois não apresenta sinais de alerta e trata-se, portanto, de caso eletivo. No entanto, pode ser referenciado para atendimento em outra unidade de saúde, segundo pactuação municipal (Anexo 2). Os casos que não são referenciados, como internação de exames específicos e cirurgias eletivas, podem ser atendidos em até 120 minutos.

4.3 Critérios de Classificação

Para realizar o processo de classificação é preciso levantar dados específicos da doença, sinais de alerta (choque, febre alta, perda da consciência, desorientação, dor torácica e desconforto respiratório), queixa principal, avaliação de sinais vitais e aplicação de escalas de Glasgow (Anexo 3), Cincinatti (Anexo 4) e de dor (Anexo 5), bem como exames complementares (glicemia capilar e eletrocardiograma).

4.4 Organização do processo de Acolhimento com Classificação de Risco¹

O usuário ao procurar o serviço de urgência deverá ser acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiário e encaminhado para abertura do boletim de emergência. Após esta etapa, este usuário será encaminhado ao setor de ACCR, onde será acolhido pelo enfermeiro por meio de escuta qualificada e avaliação de sinais vitais e de alerta para tomada de decisão e definição da prioridade.

Assim, a identificação da prioridade será feita por marca colorida no canto superior direito da Ficha de Atendimento. E, o horário de funcionamento do serviço de ACCR deverá ocorrer durante as 24 horas, sem exclusão de casos.

4.5 Critérios de avaliação rápida nos serviços de urgências e emergências

Alguns achados na história clínica e exame físico sugerem que um paciente apresenta uma emergência em potencial com priorização de atendimento, no entanto existem emergências que

¹ (Apêndice 2)

não apresentam, necessariamente esses sinais. Diante deste contexto, é importante realizar uma avaliação rápida e sequencial, avaliando as vias aéreas, respiração e circulação e exame neurológico, com tempo de 2 a 5 minutos.

A- Via aérea: avaliar se o paciente pode falar ou respirar livremente? Se obstruído, os passos a considerar são: elevação do queixo/subluxação da mandíbula (a língua está agarrada à mandíbula); aspiração (se disponível); tubo orofaríngeo/nasofaríngeo/intubação (manter o pescoço imobilizado em posição neutra na suspeita de trauma raquimedular).

B- Respiração: a respiração é avaliada quanto a potência da via aérea e sua adequabilidade, visando a oferta ideal de O₂ e eliminação de CO₂. Avaliar frequência respiratória, sinais de insuficiência respiratória, uso da musculatura acessória, cianose de extremidades e central, expansibilidade torácica, sons pulmonares e saturação periférica. Administrar oxigênio, se necessário.

C- Circulação: identificar sinais e sintomas de má perfusão. Avaliar frequência cardíaca, pressão arterial, qualidade do pulso e perfusão periférica. Na vigência de parada cardiorrespiratória utilizar protocolo específico.

D- Neurológico: obter informações acerca do nível de consciência do paciente ou alterações agudas que envolvam o sistema nervoso, paralisia, parestesias, alterações na força, desvio de rima e alterações na fala. Aplicar escala de coma de Glasgow e de Cincinnati (em caso de suspeita de AVE).

E- Exposição: investigar lesões ocultas e exposição de partes cobertas.

4.6 Definindo as prioridades

Quadro 1- Prioridades nas urgências e emergências cerebrovasculares

Queixas	Prioridade
SUSPEITA DE AVE;	Vermelho-atendimento imediato <ul style="list-style-type: none">-Parada cardiorrespiratória;-PA > 180x120 associado a cefaleia intensa, início súbito; vômitos, diplopia; confusão mental, Sinais de AVE:-Choque;-Hipoglicemia-Insuficiência Respiratória;- Crise convulsiva em atividade-Sinais de hipertensão intracraniana;- Glasgow < 8.
CEFALEIA;	Amarelo-atendimento em 10 minutos <ul style="list-style-type: none">-Desvio de rima, disartria, déficit motor;-Alteração aguda do comportamento (letargia, confusão);-Sinais meníngeos (kerning e Brudzinsk);-Pós-comicial (crise convulsiva);-Cefaleia intensa sem alterações neurológica aguda (desvio de rima, confusão mental, déficit motor);-Febre >38,5°C associado a episódios de crise convulsiva e sinais meníngeos;- História de overdose;-História de tentativa de suicídio.
CRISE CONVULSIVA	Verde-atendimento em até 30 minutos <ul style="list-style-type: none">-Cefaleia leve;-Pacientes referenciados, estáveis, sem sinais de alerta;- Crise convulsiva nas últimas 24 horas- Febril (37,5°C - 38,4°C);-História de TCE há longa data e uso de medicação específica;-História de enxaqueca;-Dor facial com rinorreia - História de tosse coriza nasal + febre;-Diarréia e vômitos sem sinais de desidratação;-Paralisia facial unilateral a mais de 24 horas associado a olho seco + parestesia labial.
	Azul <ul style="list-style-type: none">-História de cefaleia, sem sinais e sintomas no momento;- História de crise convulsiva/epilepsia em tratamento/necessitando de receita médica.
Parâmetros verificados: PA, FC, FR, Saturação periférica O ₂ , Temperatura, Escala de Glasgow, Cincinatti e Eletrocardiograma	

Quadro 2 - Prioridades nas urgências e emergências cardiovasculares

Queixas	Prioridade
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA; DOR TORÁCICA; TAQUICARDIA; BRADICARDIA; EMERGÊNCIA E URGÊNCIA HIPERTENSIVA	Vermelho-atendimento imediato
	-Parada cardiorrespiratória; -FC > 100 bpm associado à dor torácica intensa, instabilidade hemodinâmica, sinais de insuficiência respiratória; -Choque; -Hipoglicemia; -Insuficiência Respiratória; - Epistaxe volumosa; -FC < 40 bpm associado à sinais de baixo débito cardíaco, tontura, turvação visual, dor torácica, síncope e confusão mental; -PA > 180x120mmHg associado a dor torácica intensa, náuseas e vômitos, diaforese + sinais de insuficiência respiratória; déficits neurológicos agudos.
	Amarelo-atendimento em 10 minutos
	-Pacientes com história de FC > 100 bpm, referenciados e com taquicardia revertida no Centro Regional de Saúde (CRS); - Hipertensão arterial associado a dor abdominal com irradiação para região dorsal; -Dor torácica típica sem sinais de instabilidade; -Urgência Hipertensiva com história de insuficiência coronariana, cardiomiopatia dilatada, insuficiência renal; -FC > 100 < 140 com história de síncope + dispneia; -FC < 60 e > 40 bpm associada a dor torácica; - PA > 180x120 assintomático; -Pacientes referenciados com história de bradicardia e assintomático.
	Verde-atendimento em até 30 minutos
	-Pacientes com história de hipertensão referenciados, estáveis e com PA < 180x120; -Dor torácica do tipo respiratório dependente, sem sinais de desconforto respiratório;
	Azul
	-Pacientes com história de hipertensão arterial, precisando de receita médica; - Internação para procedimentos eletivos.
	Parâmetros verificados: PA, FC, FR, Saturação periférica O₂, Escala de Glasgow, Cincinatti, e Eletrocardiograma (até 10 minutos).

Quadro 3 - Prioridade nas urgências e emergências respiratórias

Queixas	Prioridade
DISPNEIA;	Vermelho-atendimento imediato
HISTÓRIA DE ASMA;	<ul style="list-style-type: none"> -Parada cardiorrespiratória; - Crise hipertensiva associada a dispneia, tosse com expectoração espumosa e ou rosácea -Choque; -Sinais de edema de glote, estridor laríngeo, dificuldade para falar, dispneia, dessaturação <p>Sinais de Insuficiência Respiratória: FR > 24, Spo2 menor que 90%, cianose central + incapacidade para falar + confusão mental.</p>
SÍNDROME GRIPAL;	Amarelo-atendimento em 10 minutos
REAÇÃO ALÉRGICA	<ul style="list-style-type: none"> -História de asma, intubação orotraqueal por doenças respiratórias + dispneia; -Pacientes com história de edema agudo de pulmão referenciados do CRS, estáveis e sem sinais de desconforto respiratório; -Dispneia FR >20 + uso de oxigenioterapia, sem sinais de insuficiência respiratória; -Exacerbação de doença respiratória pré-existente, febre, dispneia sem sinais de insuficiência respiratória; -Dispneia associado à dor torácica típica; -Reação alérgica associada a edema facial + dispneia + prurido generalizado
	Verde-atendimento em até 30 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> -Sintomas gripais, coriza, cefaleia, febre, mialgia, com relato de desconforto respiratório; -Pacientes referenciados e estáveis; -Dor torácica do tipo respiratório dependente, sem sinais de desconforto respiratório; <p>História de tosse produtiva há + de 2 semanas, febre, dispneia, perda de peso;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reação alérgica com prurido localizado -Febre de início súbito, acompanhada de tosse ou dor de garganta + mialgia e ou artralgia (na ausência de outro diagnóstico específico).
	Azul
	<ul style="list-style-type: none"> -Síndrome gripal sem fatores de risco e ou sinais de piora; - Internação para realizar procedimentos eletivos; -História de obstrução nasal crônica + coriza;
Parâmetros verificados: PA, FC, FR, Saturação periférica O2, Eletrocardiograma (até 10 minutos), gasometria. Iniciar oxigenioterapia, se necessário.	

Quadro 4 - Prioridade nas urgências e emergências cirúrgicas

Queixas	Prioridade
HEMORRAGIA	Vermelho-atendimento imediato
DIGESTIVA;	-Parada cardiorrespiratória;
	-Choque;
DOR	-Corpo estranho em vias aéreas associado à insuficiência respiratória;
ABDOMINAL	-Sinais de Insuficiência Respiratória: FR > 24bpm, Spo2 < 90%, cianose central + incapacidade para falar +confusão mental.
	Amarelo-atendimento em 10 minutos
TRATO	-Hematêmese persistente;
URINÁRIO;	-Hematoquézia persistente;
	-Hematúria;
	-Dor intensa associado à retenção urinária, febre, disúria e urgência miccional;
	-Diarreia persistente associado à sinais de desidratação moderada;
	-Dor intensa;
	-História de TVP + dispneia;
DOR	-Feridas com sangramento ativo e sem sinais de choque;
TESTICULAR;	-Dor intensa em região escrotal associado à edema escrotal, náusea, febre, vômitos;
	-Gangrena de escroto;
	-Corpo estranho em vias aéreas + trato digestório associado à dor intensa.
	Verde-atendimento em até 30 minutos
AFECÇÕES	-História de infecção do trato urinário;
DA PELE E	-Dor leve associado à disúria;
TECIDOS	-História de cirurgia urológica recente, história de hematúria, retenção urinária;
ADJACENTES	-História de hematêmese e ou melena, sem sinais de choque.
	-Necrose de extremidades;
	- Pé diabético com sinais de infecção;
	-Dor em membros inferiores associado à empastamento de panturrilha;
	-Pacientes com história de apendicite; Infecção do trato urinário, celulite em bolsa escrotal, referenciados e estáveis, dor testicular leve;
CORPO	-Corpo estranho no trato respiratório e ou digestório sem sinais de insuficiência respiratória;
ESTRANHO	- Presença de estrias avermelhadas e quentes, longitudinais na perna, estendendo-se desde a lesão cutânea até a virilha.
	Azul
	-Corrimento uretral, prurido em região genital, lesões ulcerosas nos órgãos genitais;
	- Internação para realizar procedimentos eletivos;
	-Feridas crônicas.
Parâmetros verificados: PA, FC, FR, Saturação periférica O₂, Escala de dor e temperatura	

Quadro 5 - Prioridade nas urgências e emergências psiquiátricas, metabólicas e intoxicações exógenas

Queixas	Prioridade
DEPENDENTE QUÍMICO	Vermelho-atendimento imediato
	<ul style="list-style-type: none"> -Parada cardiorrespiratória; -História de intoxicação exógena associado a alteração da consciência: sonolência, letargia, sedação, ataxia, confusão mental, dificuldade de -Glicemia >200mg/dl associado a sinais de cetose (cetonúria, acidose, respiração profunda); -Glicemia capilar menor que 60mg/dl associado a rebaixamento do nível de consciência;
	<ul style="list-style-type: none"> -Glasgow menor que 8; -Choque; - Insuficiência Respiratória; -Convulsão em atividade; -Tentativas de suicídio com lesões importantes e ou intoxicações exógenas com Glasgow menor que 12.
TRANSTORNOS PSQUIÁTRICOS;	
INTOXICAÇÃO EXÓGENA;	Amarelo-atendimento em 10 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> -História de intoxicação exógena associado á cefaleia intensa; dor abdominal; fraqueza generalizada; dispnéia e sialorréia; - Hiperglicemia associado a dor abdominal intensa, febre, vômitos persistentes; -Estados de pânico; -Alucinações, desorientação.
DIABETES;	Verde-atendimento em até 30 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> -História de intoxicação há mais de 6 horas; -Pé diabético complicado; -Dermatite de contato; -Pacientes referenciados e com sinais estáveis; -História de intoxicação exógena associado a náusea e cefaleia; -História de crise convulsiva referenciado, estável; -Pacientes referenciados do CAPS; -Pacientes com ordem judicial para tratamento dependente químico.
	Azul-atendimento em até 60 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> -Depressão crônica ou recorrente; -História de transtorno psiquiátrico e necessitando de receita médica; -História de diabetes com duração da queixa há mais de 7 dias; -Feridas crônicas sem sinais de infecção; -Internação eletiva para desintoxicação.
Parâmetros verificados: PA, FC, FR, Saturação periférica O₂, Temperatura, Escala de Glasgow, Glicemia capilar.	

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento com classificação de risco é uma ferramenta imprescindível aos prontos-socorros, visto que fortalece as redes de atenção à saúde, por meio de novos arranjos e pactos, visando, assim a humanização, equidade e universalidade da assistência e favorecendo a mudança na prática.

Logo é fundamental que os serviços de Acolhimento e Classificação de Risco adotem protocolos específicos, segundo as suas demandas, pois estes:

- Avaliam riscos e vulnerabilidades de acordo com o grau de sofrimento dos usuários;
- Priorizam os que necessitam ser atendidos primeiro e não por ordem de chegada;
- Desenvolvem articulações com atenção básica e centros regionais de saúde por meio do referenciamento dos pacientes;
- Promovem acesso qualificado, com redução tanto do tempo de espera como a superlotação nos prontos atendimento;
- Respaldam a atividade do enfermeiro;

6 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividade	Ano									
	2013					2014				
	Agos	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Levantamento Bibliográfico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Elaboração do projeto	x	x								
Coleta e análise de dados		x	x	x	x	x	x			
Correções do projeto junto ao orientador						x	x	x	x	
Apresentação do TCC										x
Entrega do Modelo de protocolo de acolhimento e classificação de risco ao Departamento de ensino e pesquisa do HRMS										x

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, R.J; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.25, n.7, p.1439-1454, jul. 2009.

BRASIL. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2013.

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 13 de dezembro de 2013.

BRASIL. Cadernos de Atenção à Saúde: **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, vol.2, 2012. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf >. Acesso em: 12 de novembro de 2013.

BRASIL. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 01 de janeiro de 2014.

BRASIL. **Manual Instrutivo de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: Acesso em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em: 12 de novembro de 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 25 de novembro de 2013.

CONILL, E.M; FAUSTO, M.C.R. **Análisis de la problemática de la integración APS em el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en La cohesión social**. Proyecto EUROSociAL Salud, Intercambio “Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria com otros Niveles de Atención” [documento técnico]. Rio de Janeiro: IRD; 2007. [acessado 2014]. Disponível em: http://www.eurosocialesalud.eu/docs/p4_1_1_1/MzI.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado

profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009.** Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 15 setembro de 2013.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920.** Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964. (Publicación Científica, nº 93).

FLEURY, S.; OUVÉRY, A.M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência.** 1.ed. Belo Horizonte: GBCR, 2010.

JUNIOR, E.A.S et al. **Acolhimento com Classificação de Risco:** Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte. 2005.

KOTHARI, R.U., et al. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. **Ann Emerg Med.** vol.373, n.33, 1999.

MACKWAY-JONES K, MARSDEN J, WINDLE J. **Emergency triage: Manchester triage group.** Massachusetts: Blackwell Publishing, 2006.

MAFRA, A.A et al. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco.** Fortaleza: Servpel, 2008.

MARTINS, H.S. et al. **Emergências clínicas: abordagem prática.** 4.ed. Barueri: Manole, 2009.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde no SUS.** Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.

MERHY, E et al. Acolhimento um relato de experiência de Belo Horizonte. In CAMPOS, C. R et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público.** São Paulo: Xamã. 1998.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p.9-29.

O'DWEYR, G. OLIVEIRA; OLIVEIRA, S.P; SETA, M.H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QUALISUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, nov – dez. 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación en las Américas.** Washington: HSS, Organización Panamericana de la Salud, OMS; 2008. (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas).

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.413-416.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

SANTOS, JÚNIOR et al. **Acolhimento com classificação de risco**. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte. 2005. Disponível em:
<<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodasUpasdeBH.pdf>>. Acesso em: 12 fevereiro de 2014.

SERVIN et al. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco**. Prefeitura Municipal de São Luís do Maranhão. Disponível em:
<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf>. Acesso em: 15 setembro de 2013.

SHIROMA, L.M.B.; PIRES, D.E.P. **Classificação de Risco em emergência - um desafio para enfermeiras/os**. Enfermagem em Foco, v.2, n.1, p.14-17.

SILVA, S. F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n.6, p.2753-2762. 2011.

SILVA, S.F. **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas: Idisa/Conasems; 2008.

ST. JOSEPH'S HOSPITAL. Wong-Baker faces pain rating scale. **Health Articles & Symptom Checker**. Disponível em: <<http://www.sjbhealth.org/documents/Pain%20Scale.pdf>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2014.

TEASDALE, G.; JENNETT, B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. **Lancet**. vol.2, p.81-84. 1974.

APÊNDICE 1



HOSPITAL REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL
Secretaria de Saúde do Estado do MS



AVALIAÇÃO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nome do paciente: _____

Idade: _____ anos Prontuário: _____

() VERMELHA
() AMARELA
() VERDE
() AZUL

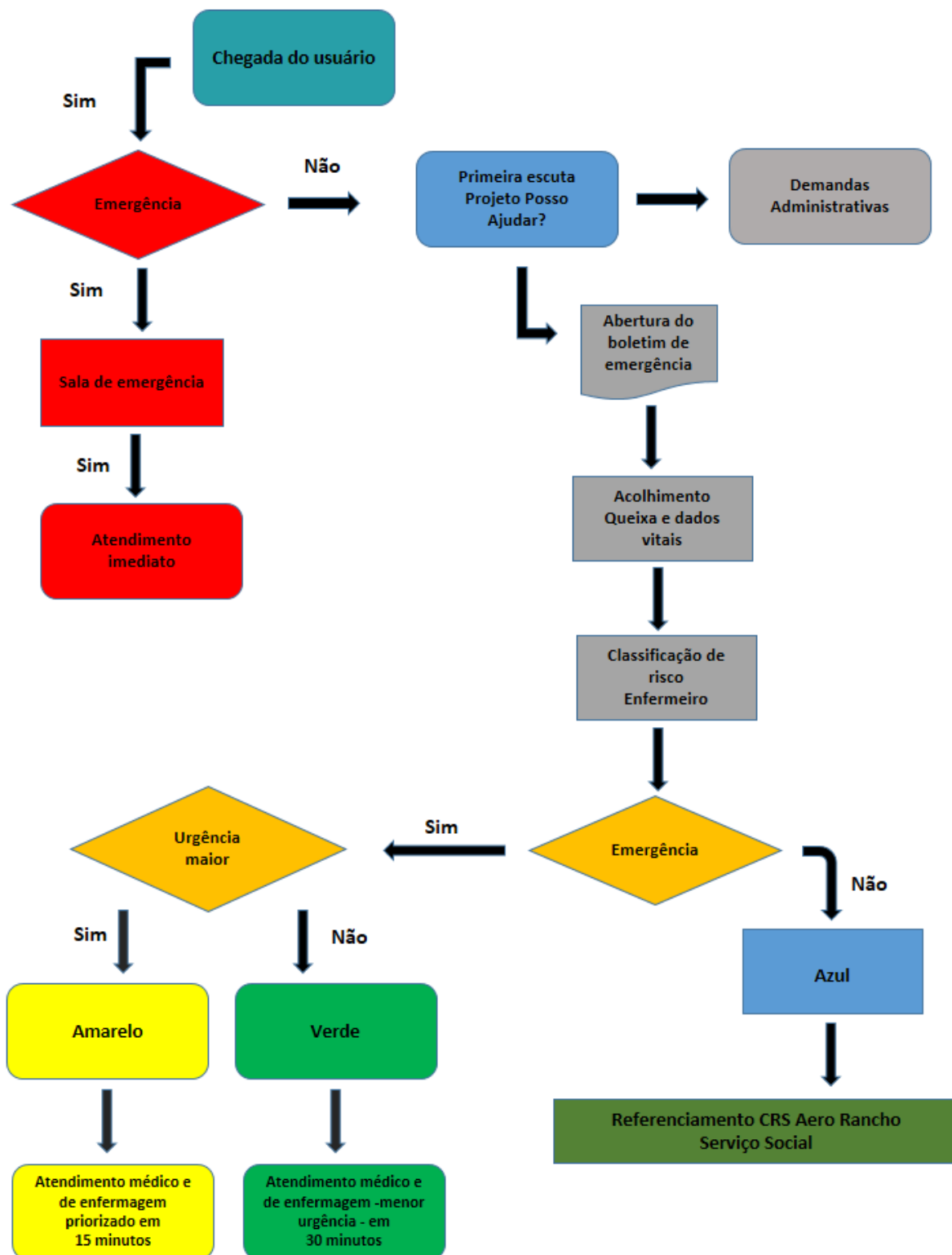
Sinais Vitais		
PA: _____/_____/_____ mmHg	FC: _____ bpm	FR: _____ rpm Tax: _____ °C Sat: _____ %
Queixa principal		Avaliação da dor
<input type="checkbox"/> Suspeita de AVE <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Crise Convulsiva <input type="checkbox"/> Parada cardiorrespiratória <input type="checkbox"/> Dor torácica <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Emergência e Urgência Hipertensiva <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> História de Asma	<input type="checkbox"/> Síndrome Gripal <input type="checkbox"/> Reação Alérgica <input type="checkbox"/> Hemorragia Digestiva <input type="checkbox"/> Dor testicular <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Afecções da pele e tecidos adjacentes <input type="checkbox"/> Dependente químico <input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Outras: _____	
Doenças prévias		
<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Etilista <input type="checkbox"/> Doenças pulmonares <input type="checkbox"/> Tabagista <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Medicações em uso		
_____ _____ _____		
Alergias:		
Exame físico/Observações		
_____ _____ _____ _____ _____		
Exames complementares		
Glicemia capilar: _____ mg/dL <input type="checkbox"/> ECG (em anexo) <input type="checkbox"/> Gasometria arterial (em anexo)		
Encaminhamentos		
<input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Consultório médico <input type="checkbox"/> Sala de emergência <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Reavaliação às _____:		
_____ _____ _____		

Data: ____/____/2014 Hora: ____:____ Enfermeiro: _____

Assinatura e carimbo

APÊNDICE 2

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ACCR-HRMS



APÊNDICE 3 - CARTA CONVITE ENVIADA AOS JUÍZES PARA PARTICIPAÇÃO DA VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Prezado^(a) Sr^(a)

O^(a) Sr^(a) está sendo convidado^(a) a participar da pesquisa intitulada "PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS ADULTAS". Este estudo se trata de um trabalho de conclusão de especialização vinculado ao Programa de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem Urgência e Emergência, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação da Prof^a. MSc. Danielle Bezerra Cabral que objetiva validar um protocolo de acolhimento com classificação de risco no Pronto Atendimento Médico do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul.

Nesta etapa o^(a) Sr^(a) foi selecionado^(a) via seleção da Sociedade Brasileira de [...] como juiz^(a) para participar da validação do instrumento protocolo de assistência clínica aos pacientes com [QUEIXA].

Esse estudo proporcionará benefícios aos usuários do serviço do município devido a qualidade do atendimento prestado por meio do referenciamento, bem como a capacitação permanente do enfermeiro que prestará cuidado integral e humanizado ao usuário deste serviço. Ressalta-se, ainda a possibilidade desta pesquisa em favorecer o avanço do conhecimento científico na área do estudo e, consequente ampliação da produção científica.

Ao acessar o instrumento por e-mail, há a possibilidade de concordância/discordância em participar da pesquisa. Caso aceite, ao assinalar a opção “concordo”, o^(a) Sr^(a) automaticamente aceita, voluntariamente, em participar da pesquisa.

Além disso, estamos encaminhando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em anexo, referente ao estudo, que deverá ser assinado, escaneado e, encaminhado de volta.

Sem mais para o momento, colocamo-nos a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente.

Danilo Vaz Marques
Enfermeiro e Especialista em Enfermagem de Urgência e Emergência

Av. Engenheiro Luthero Lopes, 36, Bairro Aero Rancho V, Campo Grande, MS
Telefone: (67) 3378-2500 • Fax: (67) 3386-1414

APÊNDICE 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro^(a) juiz/especialista,

O^(a) Sr^(a) está convidado^(a) a participar, voluntariamente, da pesquisa “PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS ADULTAS” que objetiva validar o protocolo de acolhimento com classificação de risco a pessoas atendidas no Pronto Atendimento Médico do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (PAM-HRMG) nos aspectos conteúdistas, clínicos e técnico-operacionais. Este projeto é de autoria e responsabilidade do Enfermeiro Danilo Vaz Marques (Av. Engenheiro Luthero Lopes, 36, Bairro Aero Rancho V, Campo Grande, MS) sob orientação da Profa. MSc. Danielle Bezerra Cabral vinculada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Considerando a necessidade de melhorar a qualidade de gestão da atenção prestada à população do Estado do Mato Grosso do Sul, bem como a capacitação e qualificação permanente e continuada do Enfermeiro por meio do seu respaldo legal ao referenciamento desses pacientes a outros serviços de saúde, justifica-se a relevância deste estudo. Esta pesquisa contempla duas fases: preenchimento da carta convite e instrumento de coleta de dados com o tempo de aproximadamente de uma hora.

Caso aceite participar desta pesquisa, garantimos que o compartilhamento de suas informações estarão sob sigilo e sua identidade preservada pelo pesquisador responsável deste estudo. Nós assumimos o compromisso de não disponibilizarmos esses dados a terceiros. Os dados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos e encontros com outros profissionais da saúde. Garantimos que não haverá riscos, desconfortos psicológico e moral e custos econômicos na participação desta pesquisa e, o^(a) Sr^(a) terá direito e liberdade em recusar-se, a qualquer etapa deste estudo, seja no preenchimento da carta convite ou no instrumento de coleta de dados, sem acarretar prejuízo no andamento da pesquisa. O benefício em participar deste estudo será a utilização do protocolo de acolhimento com classificação de risco pelo enfermeiro do PAM-HRMG, que prestará uma assistência sistematizada aos pacientes, favorecendo a resolutividade deste agravo clínico, bem como um referenciamento qualificado e humanizado.

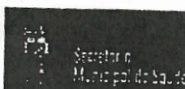
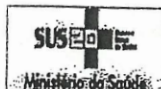
Asseguramos responder a qualquer dúvida deste estudo. Certificamos sua liberdade em recusar ou retirar seu consentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum. Reitero, ainda que sua participação é voluntária e o^(a) Sr^(a) terá uma via do TCLE assinada pelo pesquisador responsável e a outra arquivada para fins de documentação legal.

[CIDADE], [UF], [DATA] de [MÊS] de 2014

Enf. Danilo Vaz Marques

Assinatura do participante

ANEXO 1 - CARTA DE ENCAMINHAMENTO



Encaminhamento ao CRS Aero Rancho

Considerando a Reunião da Câmara Técnica Hospitalar de Campo Grande, realizada em 30 de Julho de 2013, e de comum acordo entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES), Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) juntamente com gestores e diretores dos hospitais da Capital, ficam determinadas as seguintes medidas: **“...demanda espontânea de urgência dos prontos atendimentos hospitalares receberá atendimento com classificação de risco e os casos de baixa complexidade serão encaminhados para”:**

- UPA Coronel Antonino (pacientes classificados pela Santa Casa);
- **CRS Aero Rancho (pacientes classificados pelo HRMS);**
- UPA Universitário (pacientes classificados pelo Hospital Universitário/UFMS, após reabertura do PAM).

Considerando o disposto acima,

Encaminho o (a) paciente _____

acolhido e submetido à classificação de risco neste serviço, cuja classificação é a de cor _____, seguindo o Protocolo, devendo ser atendido em no máximo _____ minutos. Lembramos que o paciente deve se locomover o mais breve possível ao **CRS AERO RANCHO**, onde aguardará pela consulta e possível reclassificação.

Esclarecemos que os dados desta avaliação são relativos ao dia e horário informados, devendo o (a) usuário (a) dirigir-se ao **CRS AERO RANCHO** o quanto antes.

Campo Grande, MS, ____ / ____ / 2013

_____ Horas

Carimbo (Assinatura/Nome /COREN)
Enfermeiro Classificador de Risco

ANEXO 2 - ESCALA DE COMA DE GLASGOW

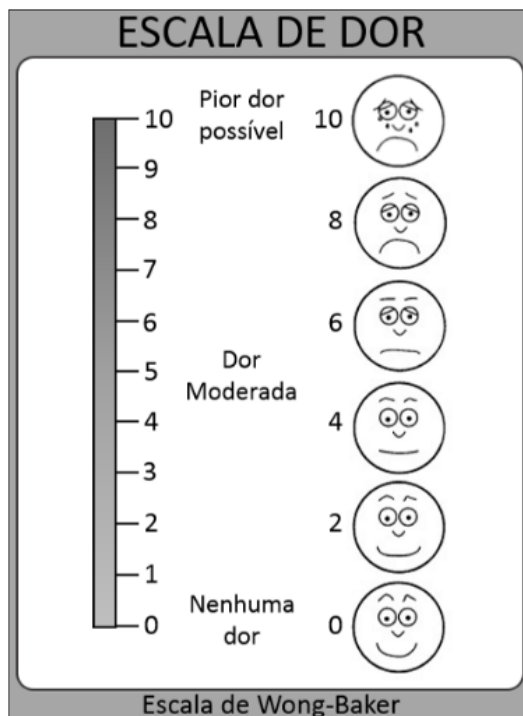
VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4
	À VÓZ	3
	À DOR	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	3
	PALAVRAS INCOMPRIENSÍVEIS	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA MOTORA	OBEDECE COMANDOS	6
	LOCALIZA DOR	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA	4
	FLEXÃO ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	NENHUMA	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Fonte: Adaptada de: TEASDALE, G.; JENNETT, B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. **Lancet**. vol.2, p.81-84. 1974.

ANEXO 3 - ESCALA DE DOR

O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponde à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.



Dor leve: 1 a 3

Dor moderada: 4 a 7

Dor intensa: 8 a 10

Fonte: Adaptado de: St. Joseph's Hospital. Wong-Baker faces pain rating scale. Health Articles & Symptom Checker. Disponível em: <<http://www.sjbhealth.org/documents/Pain%20Scale.pdf>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2014.

ANEXO 4 - ESCALA DE CINCINATTI

A Escala de Cincinnati (Cincinnati Prehospital Stroke Scale - CPSS) é uma ferramenta para o diagnóstico de casos agudos de AVC idealizada para o contexto pré-hospitalar.

Paresia facial (pedir ao paciente para mostrar os dentes ou sorrir):



- Normal: ambos os lados da face movem-se simetricamente
- Anormal: um lado da face não se move tão bem quanto o outro



Déficit motor dos membros superiores (paciente deve fechar os olhos e manter os braços estendidos por 10 segundos):



- Normal: ambos os braços movem-se simetricamente ou ambos não se movem (outros achados como pronação distal podem ser úteis)
- Anormal: um membro superior não se move ou apresenta queda



Fala (pedir que o paciente fale “não se pode ensinar novos truques a um cachorro velho”):

- Normal: paciente usa corretamente as palavras sem alteração
- Anormal: paciente apresenta dificuldade para falar, usa as palavras de forma inadequada ou é incapaz de falar.

Interpretação: Se qualquer um destes três sinais for anormal, a probabilidade da ocorrência de um AVC agudo é de 72%.

Fonte: Adaptada de: KOTHARI, R.U., et al. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. **Ann Emerg Med.**; n.33, vol.373, 1999.